Z oddziału chorób kiłowo-skórnych prymaryjusza Dra Ż. Krówczyńskiego w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Urywki terapeutyczne

zestawił

Dr. C. Sztembarth.

O ile rozpoznawanie stanów patologicznych organizmu jak i etyjologija tychże znaczne czyni postępy, o tyle sposoby zaradzenia złemu, właściwa terapija, nietylko, że sprostać tym postępom nie jest w stanie, ale częstokroć błąka się w nieskończonéj ilości coraz to nowszych, zachwalanych gorąco środków, lub też starych zalecanych w innéj postaci, lub przeciwko chorobie, w któréj dotąd ich nie stósowano. Jak częste z tego powodu zawody, wie dobrze każdy lekarz praktykujący, jak również i dlaczego te zawody powstają. Nie chcę bliżéj w to wchodzić. Po większych miastach dla specyjalistów sprawa nierównie jest łatwiejszą. Łatwiéj im *a priori* ocenić właściwość lub niestosowność nowo-zachwalanego środka, łatwiéj wreszcie poczynić z nim doświadczenia w szpitalach, nim zechcą go wprowadzić w praktykę, praktyczny jednak lekarz znajduje się częstokroć w trudném położeniu. Ciążący na wielkich szpitalach, prowadzonych przez specyjalistów, obowiązek prowadzenia ścisłych naukowych spostrzeżeń i doświadczeń wraz z częstem i sumiennem publikowaniem tychże mógłby znacznie im to położenie

ułatwić. Jedynie szpitale, jako stacyje doświadczalne, są w stanie uchronić lekarzy praktykujących od zbłąkania się w labiryncie nowo-proponowanych środków i od naturalnie wyradzającego się wskutek tego sceptycyzmu terapeutycznego. W poczuciu wspomnianego obowiązku na oddziale naszym robimy także doświadczenia, a zachęcony dodatnim ich rezultatem postanowiłem od czasu do czasu zdawać pokrótce sprawę z ich wyników. Na razie kilka słów o starym ale bardzo skutecznym środku, wyskoku bezwodnym (*alcohol absolutus*). Własności jego antyseptyczne, ścinające białko obniżające ciepłotę podczas parowania, ograniczające utlenianie i nakoniec wysuszające tkanki przez wysokie powinowactwo do wody, wydały nam się już teoretycznie cennemi przy zastosowaniu go w chorobach skórnych. Wobec najnowszych postępów bakteryjologii i chirurgii przyzwyczajono się pierwszą z wymienionych własności uważać za najważniejszą, a wskutek tego działanie terapeutyczne wyskoku zajęłoby jedno z poślednich miejsc, działa on bowiem 400 razy słabiéj niż sublimat, 40 niż tymol i 4 razy słabiéj od kwasu karbolowego (Husemann. *Handbuch der ges. Arzneimittellehre)*. Podobny pogląd byłby zupełnie słusznym, gdyby środki antyseptyczne wogóle mogły być stósowane w organizmie bez szkody dla tegoż w takiej ilości i w takiem zgęszczeniu, w jakiem one działają stanowczo trująco na rozwój mikroorganizmów.

Gdy jednak postulat ten nigdy nie może być wykonalnym, gdy nadto wchodzi tu w grę i sama zmiana chemiczna w organizmie użytego środka antyseptycznego, dlatego działanie antyseptyczne w organizmie nie będzie miało nigdy bezwzględnéj, a zawsze tylko względną wartość. Inne nie czysto antyseptyczne własności danego środka mogą być w stanie w organizmie, w którym są stosowane, poczynić takie zmiany chemiczne lub fizyczne, które w stosunku do sposobu życia danych mikroorganizmów okażą się dla tych ostatnich zabójczemi, t. j. względnie szkodliwszemi, aniżeli sama łatwość, z jaką tenże środek uniemożliwia rozwój niższych organizmów w epruwetce, co właśnie uważanem jest

za miarę siły antyseptycznej danego środka. Podobne pojmowanie łatwo nam wytłumaczy nierównie lepsze działanie w niektórych stanach chorobowych środków o mniej silnych własnościach antyseptycznych, aniżeli środków silniejszych. Dokładna znajomość sposobu życia, rozwoju i działania mikroorganizmów, jak również znajomość zmian chemicznych, jakim ulega użyty środek lekarski w organizmie, byłyby w stanie dać nam zawsze dokładną miarę ocenienia siły terapeutycznéj danego środka dla danych stanów patologicznych, sprowadzonych przez też mikroorganizmy. Znajomość ta leży jeszcze daleko od nas i prędzéj nierównie będzie osiągniętą na drodze czysto empirycznéj niż teoretycznéj. Uwagi te nasunęły mi się, pragnę bowiem choć w części przedstawić teoretyczne wytłómaczenie działania terapeutycznego wyskoku w chorobach skórnych.

Stosowaliśmy alkohol w róży. Używano go w tym celu już dawniéj, mianowicie przez Balbianiego a w ostatnich czasach polecono go z kilku stron. Badania Kocha a szczególniéj Fehleisena wykazały, że przyczynę zapalenia skóry w róży stanowi rozwój w niéj koków (*streptococcus erysipelatis*), których ani pod względem morfologicznym i barwikowym, ani na podstawie sztucznéj kultury i następowego szczepienia nie można odróżnić od *streptococcus pyogenes*. Koki te rozwijają się w naczyniach limfatycznych i przestworach łączno-tkankowych szczególniéj na brzegach zapalenia skóry, gdzie naczynia chłonne są niemal niemi nabite, w miejscach zaś już zapaleniem objętych wykazać ich już nie można. Jakkolwiek przez naczynia chłonne dostają się one do krwi, w téj jednak nie znajdują warunków do życia i giną prędko, pod względem wytrzymałości zatem i zdolności do rozwoju ustępują one stanowczo *streptococcus pyogenes*.

Wychodząc z założenia miejscowo - pasorzytniczego procesu w róży, podano wiele metod jej leczenia, które miały zastąpić dawniejszą często przeciwzapalną terapiję. Metody te polegały naturalnie na stosowaniu środków antyseptycznych, jak n. p. na wstrzykiwaniu naokoło miejsc zajętych różą

kwasu karbolowego, kreoliny, rezorcyny. Jakkolwiek niektóre z tych metod w pojedynczych przypadkach dały świetne rezultaty, w wielu innych jednak okazały się bezskutecznemi. Nieznaną jest przyczyna zatrzymania się rozwoju mikroorganizmów w róży. W wielu przypadkach samoistnego zastanowienia się tego procesu rozwoju zdawałoby się, że nic nie stoi na przeszkodzie dalszemu rozwojowi koków. Ani teoryja podwyższonéj gorączkowo ciepłoty, ani też teoryja pochłaniania koków przez t. zw. fagocyty (Mieczników) naukowo nie mogła się ostać. Tem łatwo daje się wytłumaczyć ów pozorny sukces w pojedyńczych przypadkach niektórych metod leczenia. Wobec niepewności tych metod, jak również często dość skomplikowanéj, ambarasownéj ich procedury (n. p. wstrzykiwanie po brzegach kwasu karbolowego) obecnie nawrócono się do dawnego symptomatycznego i przeciwzapalnego leczenia (Geber, *Ziemssens Handbuch* 14 tom).

Stosowanie wyskoku w róży będzie miało za sobą oprócz nadzwyczajnéj prostoty wykonania i możliwość teoretycznego wyrozumowania jego sposobu działania z punktu widzenia jego własności fizyjologicznych jak i danych, uzyskanych przez Kocha i Fehleisena. Działanie jego w róży lepsze, aniżeli silniejszych środków antyseptycznych, mojem zdaniem, da się wytłomaczyć najprzód łatwością, z jaką alkohol, jako lotny, przy wcieraniu przechodzi przez skórę, powtóre zaś, co ważniejsza, własnościami jego ścinającemi białko, obniżającemi ciepłotę podczas parowania, a szczególniéj wysuszającemi tkanki. Skoro z badań Kocha i Fehleisena wiemy, ze *streptococcus erysipelatis* rozwija się prawie jedynie w naczyniach chłonnych saméj skóry, a nie tkanki łącznéj podskórnéj (Baumgarten, *Lehrb. d. path. Mykologie*), a zatem dość płytko pod powierzchnią, własności wyż wspomniane wyskoku przy łatwości przechodzenia jego przez skórę działają widocznie jeszcze dość silnie, aby tkankę skórną zmienić w ten sposób, przy którym rozwój *streptococcus erysipelatis*, nie odznaczającego się nadzwyczajną trwałością, musi być wstrzymanym. Pozwolę sobie przytoczyć tu zwyczaj rozpowszechniony i praktykowany u ludu spalania

róży, przy czem najważniejszą rolę zdaje się mieć samo wysuszenie tkanek chwilowe i jednorazowe. Przy swoich własnościach alkohol widocznie na tak małą głębokość działa do pewnego stopnia w stanie niezmienionym i to mu daje wyższość antyseptyczną w danym razie od środków bezwzględnie od niego silniejszych.

Pomijając jednak teoretyczne tłomaczenia i rozumowania, chcę dodać kilka słów o tem, co nam wykazało praktyczne zastosowanie wyskoku. Technika sama zbyt prosta. Całą przestrzeń objętą zapaleniem naciera się pędzlem zmaczanym w wyskoku bezwodnym, lub kwaczem z waty Brunsa, okręconéj na obsadce dość silnie, przyczem szczególnie uwzględnia się brzegi nierówne zapalenia, jako główną siedzibę dalszego rozwoju koków. Nacierać można kilka lub kilkanaście razy na 24 godzin. Najkorzystniéj jest polecać nacierania co 2—3 godzin za każdym razem wydatnie i dokładnie, co łatwo uskutecznić, bo wyskok nie sprawia ani wielkiego bólu, ani innych przykrych następstw. W razie obnażenia skóry pokrywamy ją jakąkolwiek wysuszającą maścią, np. cynkową z krochmalem (*Zinci oxydat.*, *amyli puri aa 10*, *vaselini 20*) dla ochronienia od działania wyskoku.

Prymaryjusz Dr. Ż. Krówczyński stosował wyskok bezwodny w ogóle w 12 przypadkach róży, z tych część obserwowaliśmy wspólnie. W sześciu przypadkach róży twarzy leczenie trwało 2—3 dni. W 4 przypadkach róży kończyn dolnych, a mianowicie w 2 po zranieniach, a w 2 przy żylakach leczenie równie pomyślnie i prędko do wyzdrowienia doprowadziło. W jednym przypadku róży przy żylakach z wysoką do 40° C. podniesioną ciepłotą, gdzie w przeciągu 3-tygodniowego leczenia niemal wszystkie metody leczenia (kw. karbol., rezorcyna, kreolina) zawiodły, po zastosowaniu wyskoku w przeciągu 3 dni róża ustąpiła zupełnie. W jednym tylko przypadku wynik okazał się mniéj pomyślnym, a to przy róży kończyn dolnych i części tułowia, obserwowanéj po porodzie. Tu jednak nieregularny, bez pewnego typu przebieg temperatury, a raczéj przebieg więcéj podobny do tego, jaki charakteryzuje ropnicę (*pyaemia*), każe przypuszczać

obok róży i inne przyczyny komplikujące, po porodzie powstałe, które przypadkowi temu odbierają siłę przeciwdowodową. W każdym razie i w tym przypadku nawet po 3-ech dniach stosowania wyskoku nastąpiło zblednienie i zmniejszenie napięcia (*turgor*) zajętych różą części ciała, chociaż i bez ustąpienia gorączki zakończył on się wyzdrowieniem zupełnem po dniach 10. W innych przypadkach gorączka po 3 dniach ustępowała zupełnie. Działanie tak korzystne wyskoku wydało nam się dostatecznym powodem polecenia go do dalszych prób, a łatwość stosowania go powinna zapewnić mu rozpowszechnienie, gdy, o czem nie wątpię, dalsze doświadczenia potwierdzą nasze przekonanie co do korzystnego działania alkoholu w róży.

Oprócz róży stosowano na oddziale alkohol w *herpes tonsurans* (jeden przypadek) i *herpes zoster* (2 przypadki). *Herpes zoster* w obu razach ustąpił zupełnie w przeciągu 5 dni. Wprawdzie zastosowanie przy *herpes zoster* jest boleśniejsze, przy silnem nacieraniu rozdzieramy bowiem pęcherzyki i drażnimy obnażoną skórę. Ból jednak trwa krótko, a wznawiania się choroby po tem leczeniu nie spostrzegano. Zmiany chorobowe przy *herpes tonsurans* jakkolwiek ustępowały zupełnie po trzechkrotnem wcieraniu, zaczerwienienie jednak miejsca zajętego pozostawało, co stanowiło dowód, że proces chorobowy zupełnie nie ustąpił, po przestaniu bowiem wcierania zmiany dwukrotnie pojawiały się na nowo, aby równie łatwo ustąpić po dalszem wcieraniu. Należy tu zatem nie zaniechać wcierania aż do chwili, kiedy skóra przybierze zupełnie blade, prawidłowe wejrzenie. Zbyt mała ilość przypadków *herpes*, leczonych wyskokiem, nie upoważnia do twierdzenia jeszcze o jego wielkiéj wartości, w każdym razie zważywszy łatwość stosowania wyskoku i korzystny wpływ w przytoczonych przypadkach, upoważnia nas to do zachęcania, aby robiono tym środkiem dalsze doświadczenia.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego" 1890. Nr. 36.

Kraków, 1890. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.